

# 障 重度障がい者医療費助成認定申請書兼台帳

福岡市 区長 平成 24 年 10 月 1 日

1. 日付を記入してください。

(申請者) 〒 810 - 8620

番号							
受給者番号							

住所 福岡市 中央 区 天神 1 丁目 8 番 1 号 天神マンション1205 号室

(※マンション名も記入)

氏名 福岡 花子 (印)

TEL 092 090 - 711 - 4235

(※署名(自筆)の場合は、押印不要)

(※携帯電話があればその番号も記入)

高額療養費又は高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。  
また、私の世帯の課税状況について公簿により確認されることを承諾します。

下記のとおり申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。

区分	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	備 考			
対象者	フクオカ ハナコ	大正 昭和 40 年 3 月 12 日	(※申請者と住所が異なる場合のみ住所を記入)			
	福岡 花子 女	平成				
配偶者	フクオカ タロウ	大正 昭和 39 年 10 月 15 日	(※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)			
	福岡 太郎 男	平成	福岡市中央区薬院 3 丁目 1 4 - 3			
健康保険	記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	保険者名称	× × 健康保険組合	保険者番号	0 1 × × × × × ×
	被保険者氏名	フクオカ ハナコ 福岡 花子	生年月日	昭和 60 年 3 月 12 日	被保険者住所	(※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)
障がいの認定	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※有効期限 平成 26 年 3 月 31 日 <input type="checkbox"/> その他 ( )	手帳番号・交付日	福岡 県 市 第 123456789 号	等級判定	1 (級)	
		その他判定書類判定機関	平成 2 年 4 月 2 日 交付	障がい種別	腎機能障がい	
		第 号	所得関係	<input checked="" type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 簡易所得報告書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

2. 申請者(記入者)の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入してください。

3. 対象者及び配偶者の氏名・フリガナ・性別・生年月日を記入してください。  
※申請者や対象者と住所が異なる場合は、備考欄に記入してください。

4. 対象者の健康保険証の記号番号・保険者名称・保険者番号を記入のうえ、被保険者の氏名・フリガナ・生年月日・続柄を記入してください。  
※被保険者の住所が申請者や対象者と異なる場合は「被保険者住所」欄に住所を記入してください。

6. 障がいの等級(判定)を記入してください。  
※身体障害者手帳をお持ちの方は、「障がい種別」欄に種別を記入してください。

7. 所得証明など所得を証明する書類を添付する場合は、該当の書類に✓(チェック)を入れてください。

5. 手帳の種類に✓(チェック)を入れ、手帳の発行機関・番号・交付日を記入してください。  
※精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、手帳の有効期限も記入してください。

※ 太枠の中を記入してください。

※ 裏面も記入確認してください。

対象者及び配偶者の税法上の被扶養者となる者（※今年1月1日時点で満16歳～18歳の者のみ記入）

	フリガナ 氏名	生年月日	住所
①	フクオカ ヒロコ 福岡 博子	平成 7 年 7 月 3 日 (今年1/1時点 満16歳)	福岡市中央区薬院3丁目14-3
②		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
③		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
④		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
⑤		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	

8. 対象者及び配偶者の税法上の被扶養者となる方で、今年1月1日時点で満16歳～満18歳の方がいらっしゃる時は記入してください。